

[1] Richert L, Dehail P et al. High frequency of poor locomotor performance in HIV-infected patients. AIDS. 2011 Mar 27;25(6):797–805.

doi:10.1016/j.rehab.2011.07.573

## Ateliers

*Version française*

### Lokomat

Résumé non communiqué.

doi:10.1016/j.rehab.2011.07.574

### Blocs moteurs

Résumé non communiqué.

doi:10.1016/j.rehab.2011.07.575

### Marche en suspension

Résumé non communiqué.

doi:10.1016/j.rehab.2011.07.576

### Analyse quantifiée de la marche

Résumé non communiqué.

doi:10.1016/j.rehab.2011.07.577

### Toxine botulique et échographie

Résumé non communiqué.

doi:10.1016/j.rehab.2011.07.578

### Apport de l'accélérométrie dans l'analyse de la marche dans les pathologies neuromusculaires

Résumé non communiqué.

doi:10.1016/j.rehab.2011.07.579

### Cas cliniques en spasticité

Résumé non communiqué.

doi:10.1016/j.rehab.2011.07.580

*Version anglaise*

### Lokomat

No abstract provided.

doi:10.1016/j.rehab.2011.07.581

### Motor blocks

No abstract provided.

doi:10.1016/j.rehab.2011.07.582

No abstract provided.

doi:10.1016/j.rehab.2011.07.583

### Gait analysis

No abstract provided.

doi:10.1016/j.rehab.2011.07.584

### Echography and botulinum toxin

No abstract provided.

doi:10.1016/j.rehab.2011.07.585

### Use of an accelerometer for gait analysis in neuromuscular diseases

No abstract provided.

doi:10.1016/j.rehab.2011.07.586

### Spasticity: Clinical cases

No abstract provided.

doi:10.1016/j.rehab.2011.07.587

## Posters

*Version française*

P016–FR

### Syndrome myopathique axial

S. Karkouri\*, F.Z. Arfaoui, H. Abid, O. El Hilali, N. Hajjaj Hassouni  
Hôpital El-Ayachi, cité Massira 5, immeuble 9, appartement 9, 10140 Rabat, Maroc

\*Auteur correspondant.

**Mots clés :** Muscles spinaux ; Faiblesse ; Myopathie

**Introduction.**– Muscles spinaux assurent : un redressement de la colonne vertébrale, la fixation de ses segments, fixation de la tête, inclinaison, rotation et mouvements complexes. La faiblesse et/ou atrophie de ces muscles définit le syndrome de myopathie axiale.

**Observation.**– Madame M., 72 ans, antécédents d'insuffisance thyroïdienne substituée. Douleurs chroniques de l'épaule droite, paresthésies irradiant à l'omoplate, Depuis un an tendance à l'anté-flexion du tronc + inflexion latérale gauche en position debout et à la marche. Examen clinique : rachis cervical : OM : 7 cm, C7-F : 13 cm, effacement total de la lordose lombaire, rachis lombaire souple, inflexion latérale gauche de 5 cm, examen neurologique normal. RX rachis : normale, biologie : LDH : 475UI/l, CPK : 340UI/l. Conclusion : myopathie axiale d'origine indéterminée. CAT : orthèse de tronc anti-cyphose, renforcement des spinaux en endurance et apprentissage d'autoprogramme.

**Discussion.**– Plusieurs étiologies peuvent être incriminées dans le syndrome myopathique axial. Le tableau clinique est caractérisé par une installation progressive, une prédominance féminine, une réductibilité au décubitus et surtout l'élimination des autres étiologies. Évolution : bénigne par rapport aux autres pathologies neuromusculaires. Les objectifs de la prise en charge sont de réduire la déformation et d'éviter l'aggravation, la prise en charge de la maladie initiale et la rééducation : travail en de lordose pour verrouiller le bassin, renforcement des spinaux et un appareillage anti-cyphose : lombostat ou corset en coutil baleiné. **Conclusion.**– Plusieurs symptômes musculaires peuvent refléter une myopathie axiale sans préjuger de la cause. C'est un diagnostic d'élimination d'où